

浜松オンコロジーセンター  
腫瘍内科 渡辺 亨  
twatanab@oncoloplan.com  
http://www.oncoloplan.com

左京区医師会学術講演会

# 外来化学療法と病診連携

## 68女性 乳癌手術後

2008年9月	左乳癌手術（某がんセンター） 浸潤性乳管癌 grade 3 n= 3/12 ER/PgR (-) HER2 (3+)
2008年9月	AC( adriamycin + cyclophosphamide)
↓	↓
2009年2月	Paclitaxel
2009年3月	ハーセプチン 開始を機にY診療所での3週毎の点滴開始（1年の予定）
2009年5月	自宅での血圧高く患者は心臓が悪くなったのではないかと心配

## 68女性 乳癌手術後

2009年5月 自宅での血圧高く患者は心臓が悪くなったのではないかと心配

Y診療所受診 随時血圧 160/78 pulse 89

ECG : normal sinus rhythm rate@ 80/min

自宅血圧測定：早朝、就寝前共 130/70 以下

問題ないのでハーセプチン点滴可能であると説明されたが心配は消えず、某がんセンター外来予約を試みたが2か月先と言われ、ますます不安になりセカンドオピニオン外来受診

## 68女性 乳癌手術後

2009年5月 セカンドオピニオン外来受診

### 【患者の話】

- 某がんセンターの先生は多忙で外来予約困難
- 実は大変怖い先生である
- Y診療所の先生はいい先生だが乳癌の専門ではないのでいま一つ信頼できない。

### 【私の説明】

- ハーセプチンの副作用ではない。
- 血圧も高くない。
- Y診療所の先生の対応や説明は問題ない。
- ハーセプチン継続を勧めた。

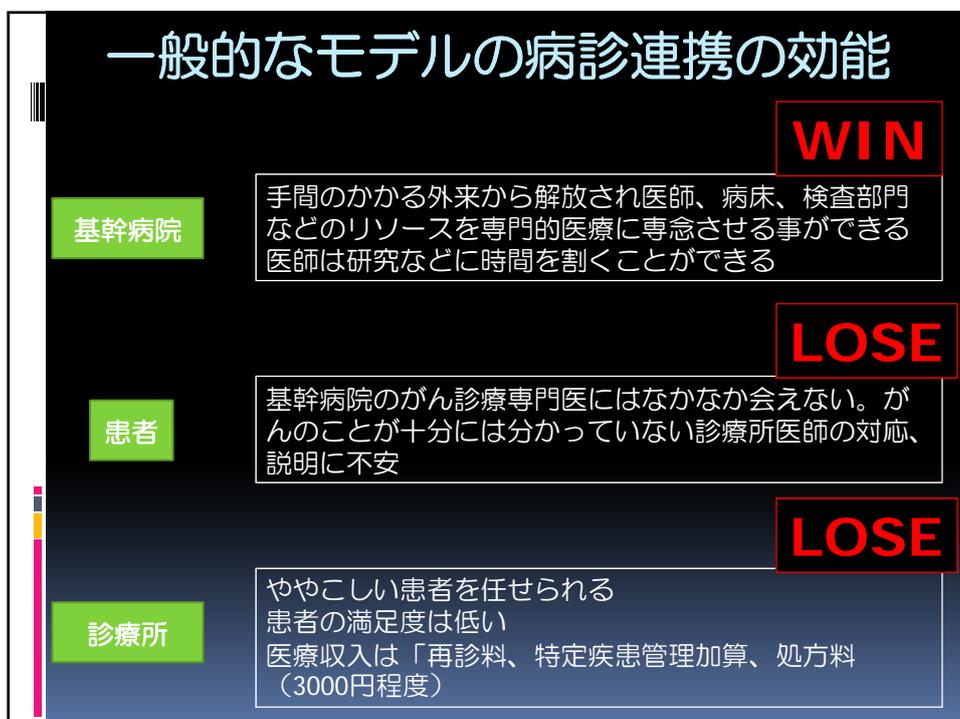
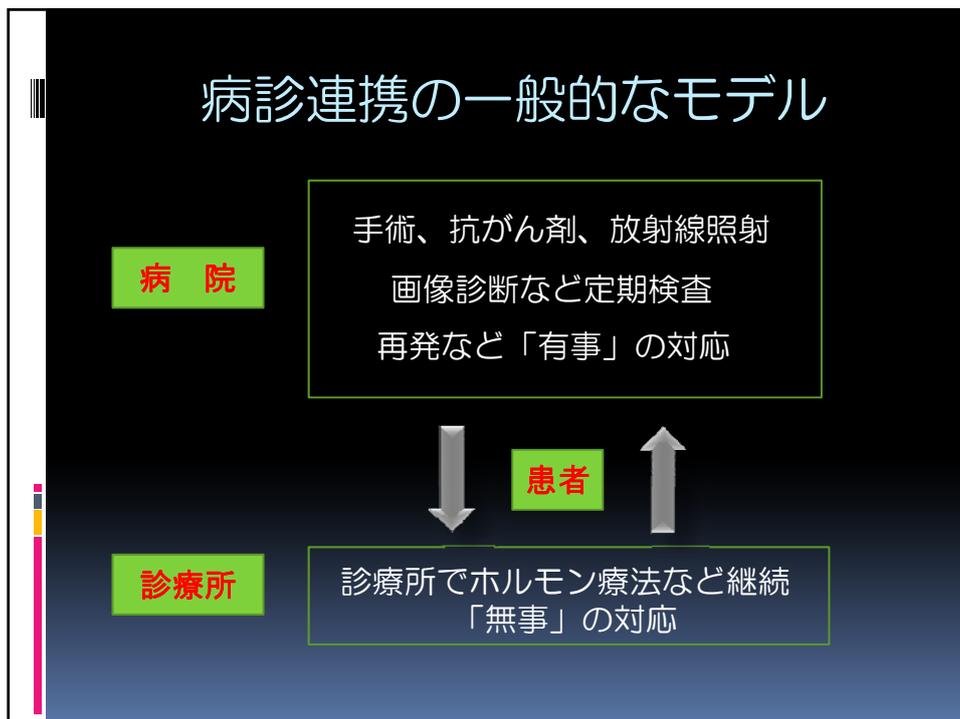
## 外来化学療法のメリット

- **患者・家族の視点**
  - 社会生活、日常生活の継続
  - QOLの向上
- **医療機関の視点**
  - 病床、人材の効率的活用
  - 選択と集中の実現
- **国策・行政の視点**
  - 総病床数の削減
  - 総医療費（33兆円/年）の削減

## 外来化学療法のデメリット

- **患者・家族の視点**
  - 治療中に医療機関を離れることの不安
- **病院の視点**
  - 外来混雑、時間超過

これらのデメリットを克服するため  
外来化学療法を病診連携で実施して行  
こうという取り組みがある。



## 55歳女性 乳癌皮膚、肺転移

2002年4月 左乳癌手術(某大学病院)  
ER/PgR (+) HER2 (-)  
タモキシフェン→アリミデックス

2006年7月 肺転移のためゼローダ内服 (PR)

2007年3月 皮膚転移出現、外科から新設された  
腫瘍内科へ転科となる

腫瘍内科では「抗がん剤治療は行うが、最後までめんどろはみられないから早めにホスピスを探しなさい」と受診のたびに言われる。

## 55歳女性 乳癌肺、皮膚転移

2007年3月 「腫瘍内科では抗がん剤治療は行うが、最後までめんどろはみられないから早めにホスピスを探しなさい」と受診のたびに言われる。

自分はそんなに悪いのか、もうだめなのか、余命はどれぐらいかなど心配になりセカンドオピニオン外来受診

## 腫瘍内科の守備範囲

再発後の化学療法は基本的に「緩和化学療法」である。腫瘍内科は、化学療法だけを担当する診療科ではない。緩和化学療法から緩和治療、そして終末期医療まで連続的(シームレス)に対応するのが腫瘍内科の守備範囲なのではないかと思う。

## 外来化学療法の病診連携（建前）

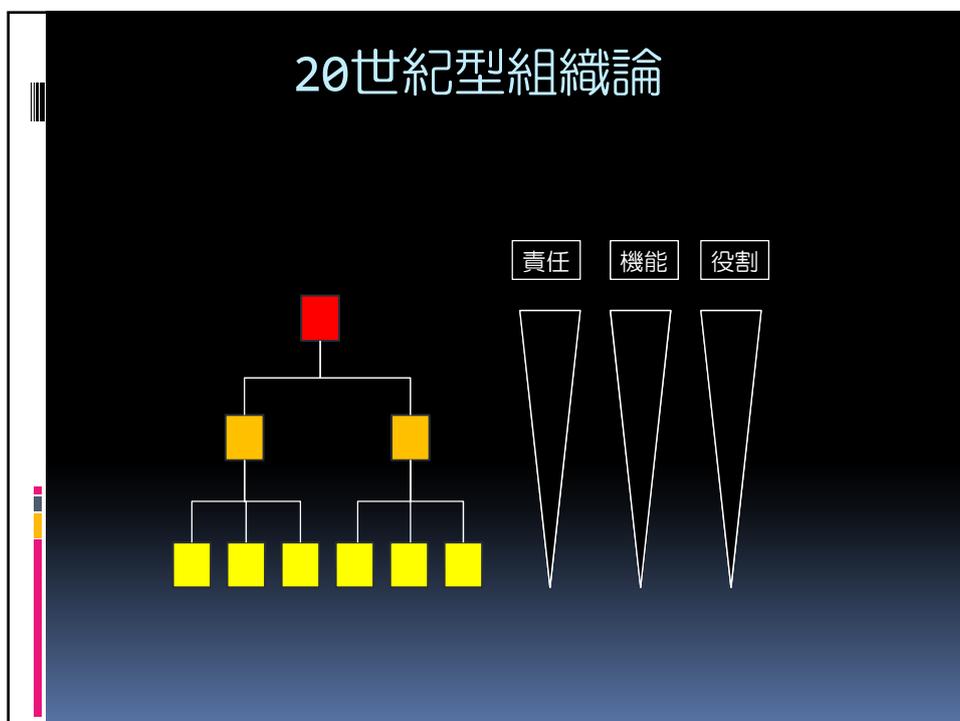
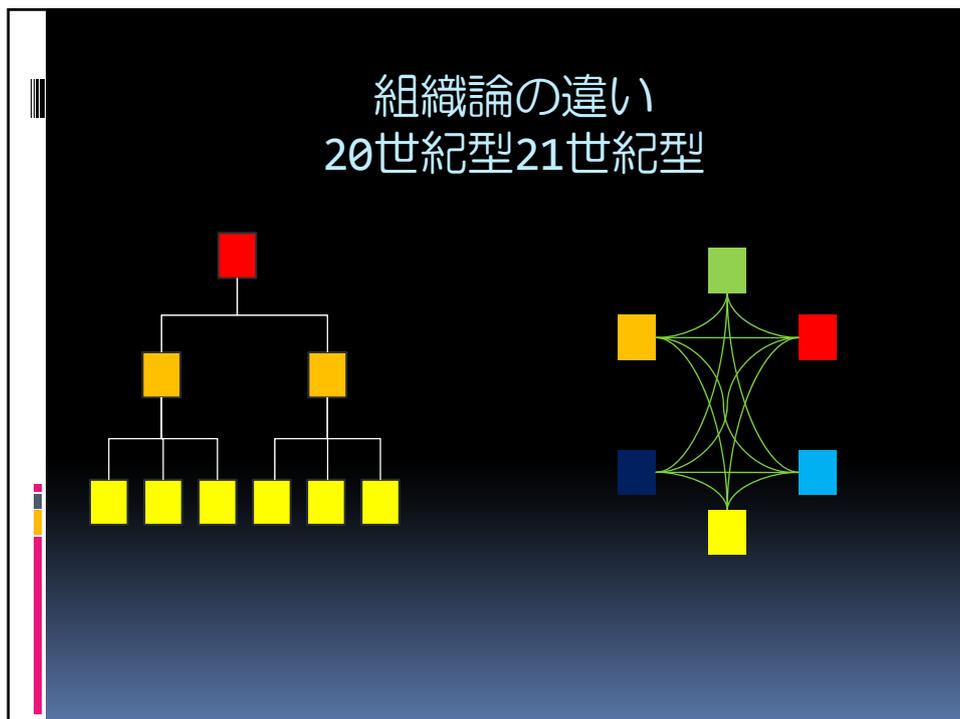
- **患者・家族の視点**
  - 二人の主治医（病院医師と診療所医師）で安心倍増
  - 詳しく診てくれる病院医師、すぐに診てくれる診療所医師
- **病院医師の視点**
  - 病院は高度な医療に集中し、教育、研究にも従事
- **診療所医師の視点**
  - 高度ながん医療に参画することによる自己実現
  - 診療報酬高額診療に関与することによる高収入化

## 外来化学療法の病診連携（実際）

- **患者・家族の視点**
  - 私の主治医はだれなの？
    - 病院医師は多忙でなかなかあえない
    - 診療所医師は専門的知識、経験が乏しい
- **病院医師の視点**
  - 外来の負担が軽減、好きな研究に時間がとれる
- **診療所医師の視点**
  - リスクの高い治療を担当させられる
  - 患者には感謝されない
  - 手間のかかるわりに医療収益は満たされない

## 外来化学療法の収益構造

- **値引きによる薬価差益**
  - ハーセプチン150mgバイアルの場合
    - 薬価 68385円
    - 値引き率 8%(5471円)～23%(15729円)
    - 消費税 5%(3419円) は医療機関持ち
- **外来化学療法加算**
  - 加算1 390点（いづれ廃止の方向）
  - 加算2 500点（設備、人件、レジメン委員会）
- **再診料、特定疾患管理加算など**
  - 内科的慢性疾患とかわらない
  - 薄利多売のみが収益アップ（現在の保険診療報酬）





## 腫瘍領域高機能診療所必要要件

### ① 人的要件

- 医師、薬剤師、看護師、それぞれ複数名常勤
- 必要に応じ放射線技師、検査技師、事務職員など

### ② 設備的要件

- 外来化学療法実践のための設備
- 必要に応じて、検査、診断設備など

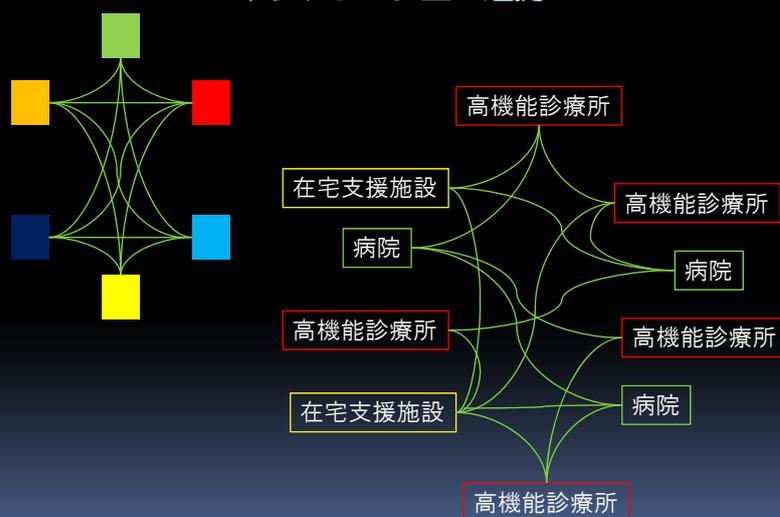
### ③ 経営形態に関する要件

- 法人格を有する

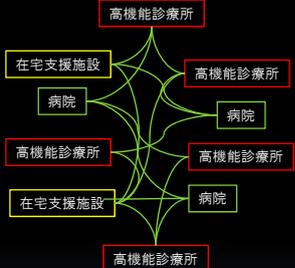
### ④ 診療内容に関する要件

- 腫瘍患者のレセプト数 300-500 枚/医師/月

## 外来化学療法に適した病診連携 -ネットワーク型の連携-



ネットワーク型の連携を  
維持するための必要条件



**Tumor Board Case Conference**  
(症例検討カンファレンス)  
の  
定期的開催

事例紹介

浜松合同乳腺カンファレンス

## 浜松合同乳腺カンファランス

<b>第1回目開催</b>	2005年7月13日
<b>日 時</b>	毎月第2,4水曜日 19:30から約1時間
<b>参加施設</b>	浜松医療センター（外科医、放射線治療医、看護師、薬剤師） 浜松オンコロジーセンター（腫瘍内科医、看護師、薬剤師） 神田クリニック（外科医） とものクリニック（外科医） 聖隷浜松病院（外科医） 聖隷三方原病院（外科医） 浜松医科大学（外科医、薬剤師） 磐田市立病医院（外科医） 袋井市民病院（薬剤師）
<b>内 容</b>	手術症例の術後薬物療法の適応・レジメンを検討 治療に難渋している再発症例の検討 ミニレクチャー
<b>主催</b>	NPO法人 がん情報局



### 手術可能乳癌患者におけるリスクカテゴリーの定義

St. Gallen2007

低リスク

腋窩リンパ節転移陰性で、以下の全てを満たす  
 病理学的腫瘍径 (pT) ≤ 2 cm  
 グレード1  
 腫瘍周囲の広域な脈管侵襲がない  
 HER2/neuの過剰発現・遺伝子増幅がない  
 ER and/orPgRの発現あり  
 年齢 ≥ 35歳

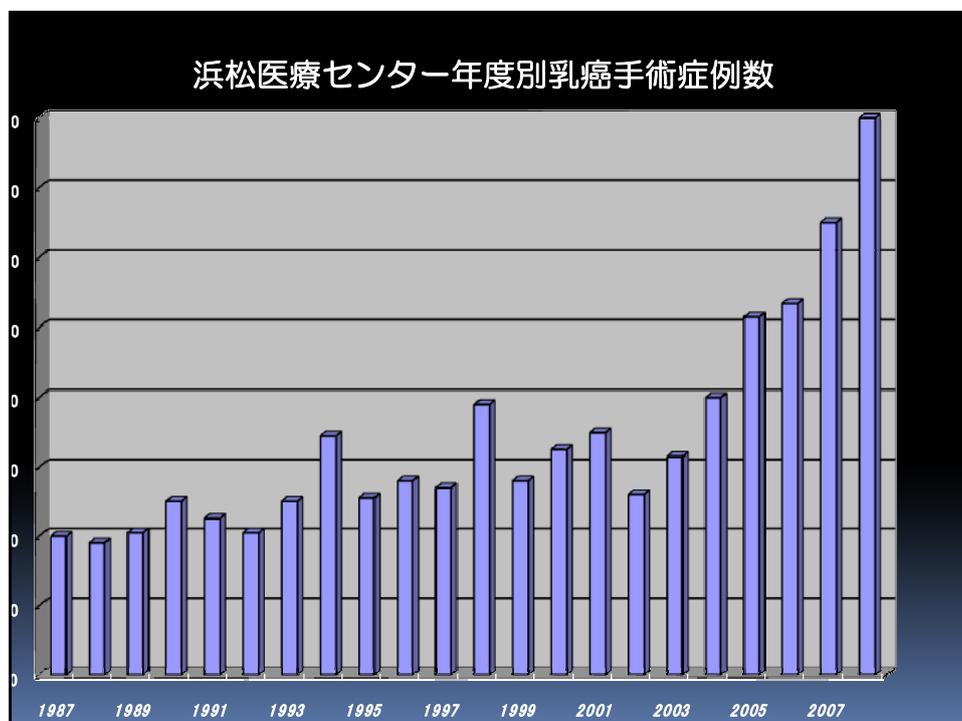
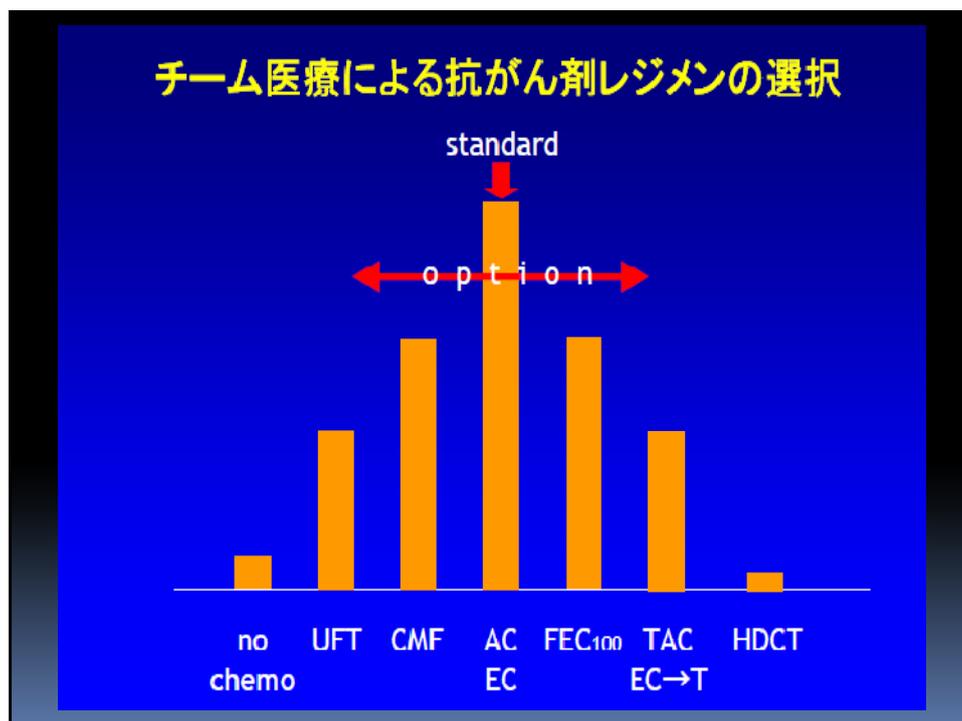
中間リスク

腋窩リンパ節転移陰性で、以下のいずれかが該当するもの  
 病理学的腫瘍径 (pT) > 2 cm  
 グレード2~3  
 腫瘍周囲の広域な脈管侵襲を伴う  
 HER2/neuの過剰発現・遺伝子増幅を伴う  
 ER and PgRの発現なし  
 年齢 < 35歳

腋窩リンパ節転移1~3個陽性  
 ER and/orPgRの発現あり、かつHER2/neuの過剰発現・遺伝子増幅がない

高リスク

腋窩リンパ節転移1~3個陽性  
 ER and/orPgRの発現なし、またはHER2/neuの過剰発現・遺伝子増幅を伴う  
 腋窩リンパ節転移4個以上陽性



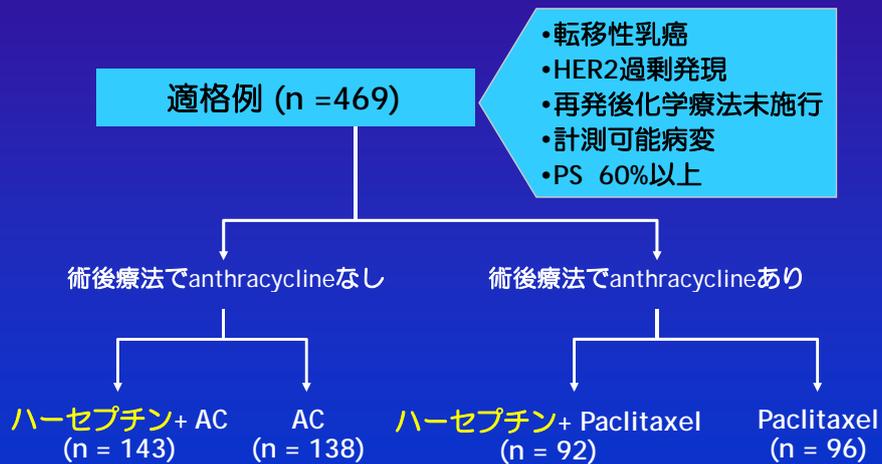
## 外来化学療法普及のモデル

HER2陽性乳癌に対する  
ハーセプチン治療

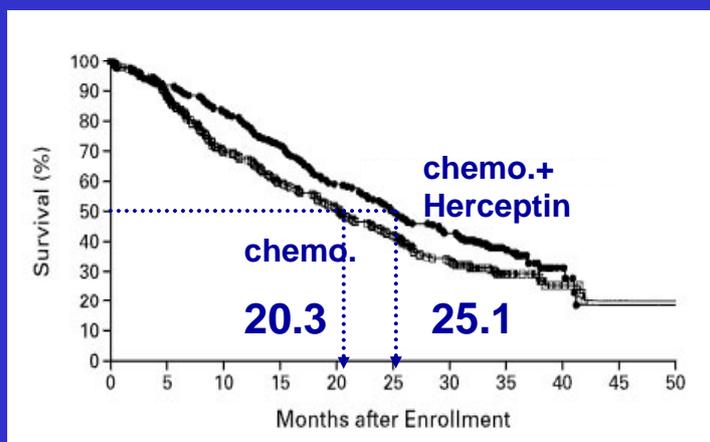


## ハーセプチン第III相試験

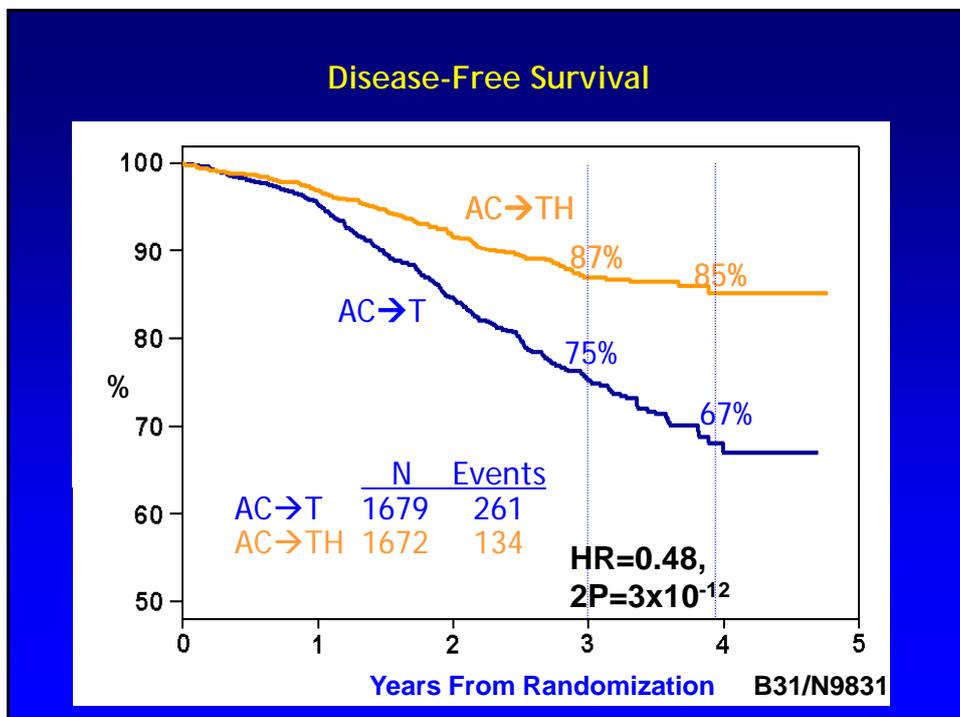
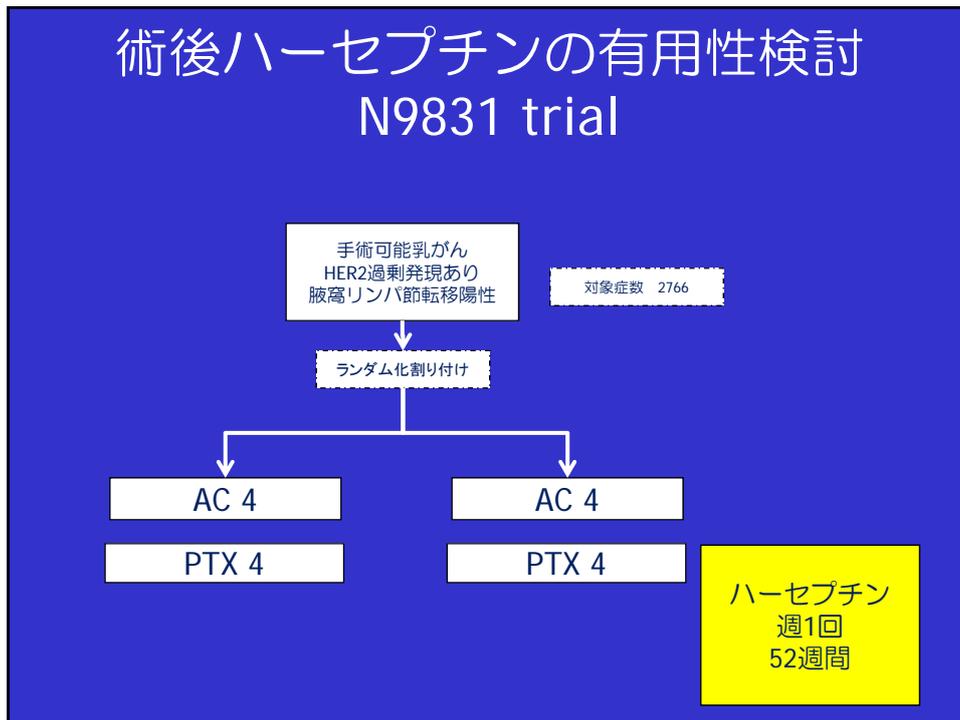
New Engle J Med 344: 783, 2001

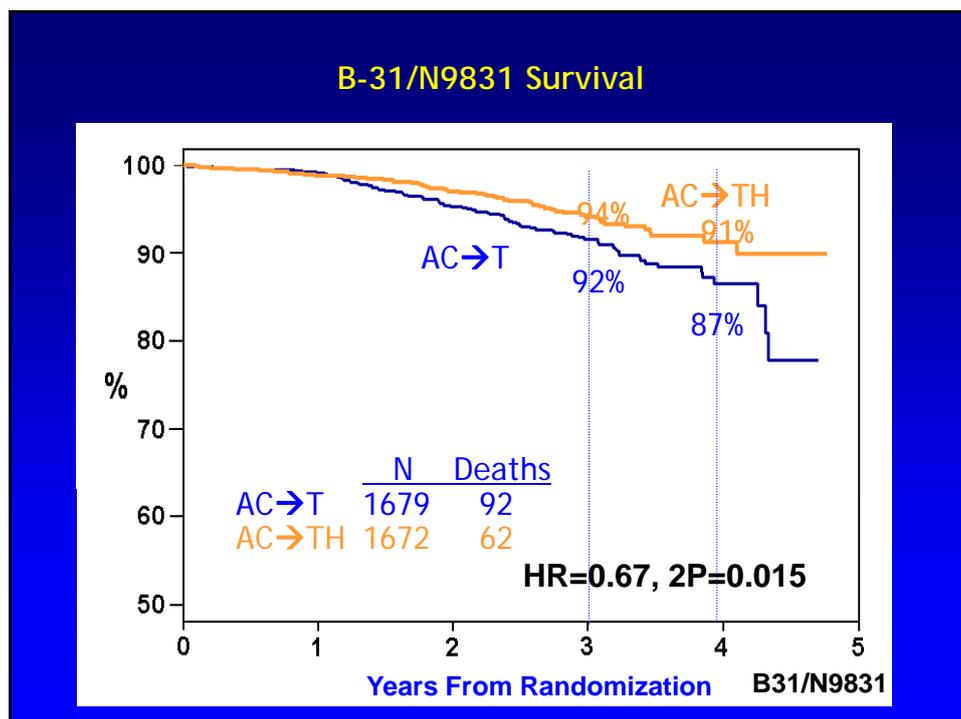


## Chemo. vs. Chemo + Herceptin



Denis Slamon et al. 344 : 783 March 15, 2001





## ASCO2009の話題

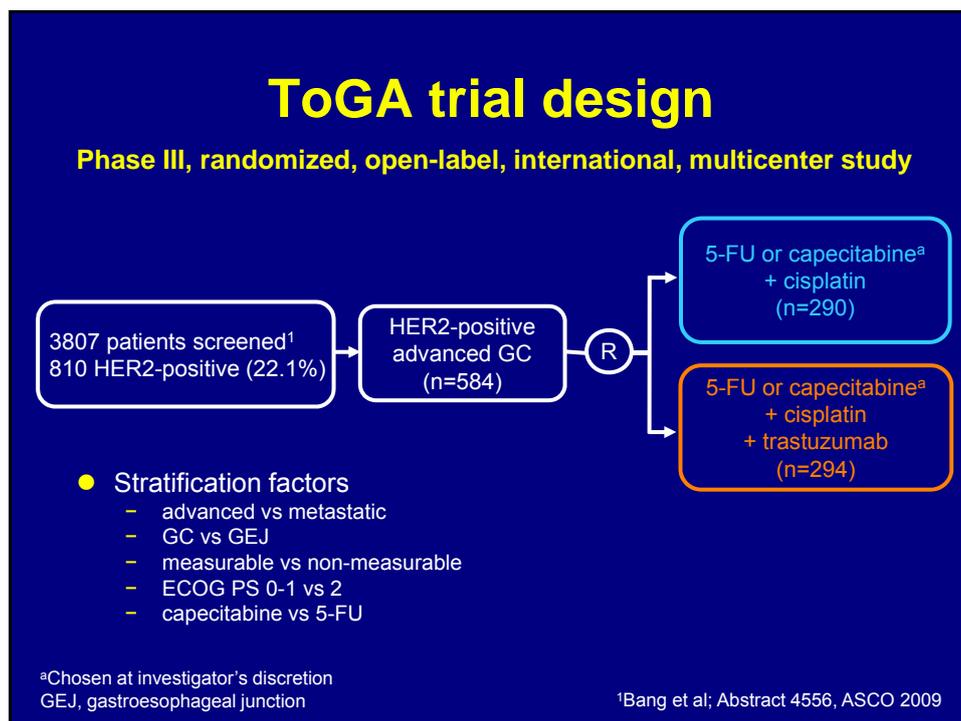
**Efficacy results from the ToGA trial:  
a phase III study of trastuzumab added to standard  
chemotherapy in first-line  
HER2-positive advanced gastric cancer**



**Eric Van Cutsem\***

Y-K Kang, HC Chung, L Shen,  
A Sawaki, F Lordick, J Hill,  
M Lehle, A Feyereislova, Y-J Bang

\*University Hospital Gasthuisberg,  
Leuven, Belgium



## Treatment regimens

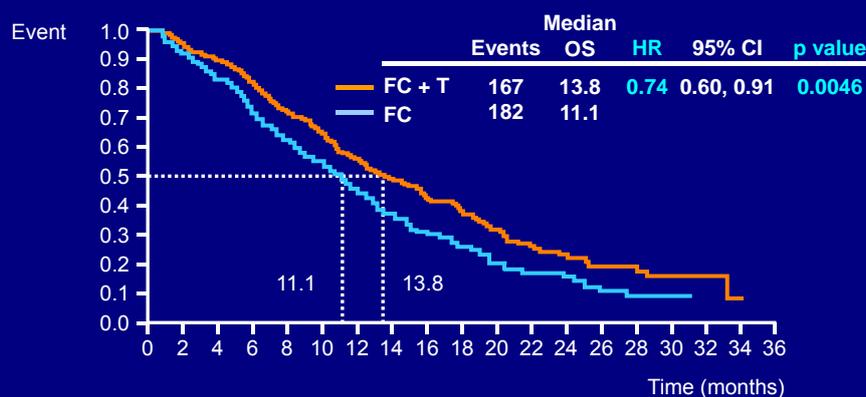
- **Capecitabine**  
1000 mg/m<sup>2</sup> bid d1-14 q3w x 6
- **5-Fluorouracil**  
800 mg/m<sup>2</sup>/day continuous iv infusion d1-5 q3w x 6
- **Cisplatin**  
80 mg/m<sup>2</sup> q3w x 6
- **Trastuzumab**  
8 mg/kg loading dose followed by 6 mg/kg q3w until PD

## Patient demographics and baseline characteristics

Characteristic	F+C n=290	F+C + trastuzumab n=294
Sex, %		
Male / Female	75 / 25	77 / 23
Age, median (range) years	59.0 (21-82)	61.0 (23-83)
Weight, median (range) kg	60.3 (28-105)	61.5 (35-110)
Region, n (%)		
<b>Asia</b>	<b>166 (56)</b>	<b>158 (53)</b>
C/S America	26 (9)	27 (9)
Europe	95 (32)	99 (33)
Other	9 (3)	14 (5)
Type of GC (central assessment)		
Intestinal	74.2 <sup>a</sup>	76.8 <sup>b</sup>
Diffuse	8.7 <sup>a</sup>	8.9 <sup>b</sup>
Mixed	17.1 <sup>a</sup>	14.3 <sup>b</sup>
Prior gastrectomy	21.4	24.1

Highest recruitment was from Korea, Japan, China and Russia  
 F, fluoropyrimidine; C, cisplatin <sup>a</sup>n=287; <sup>b</sup>n=293

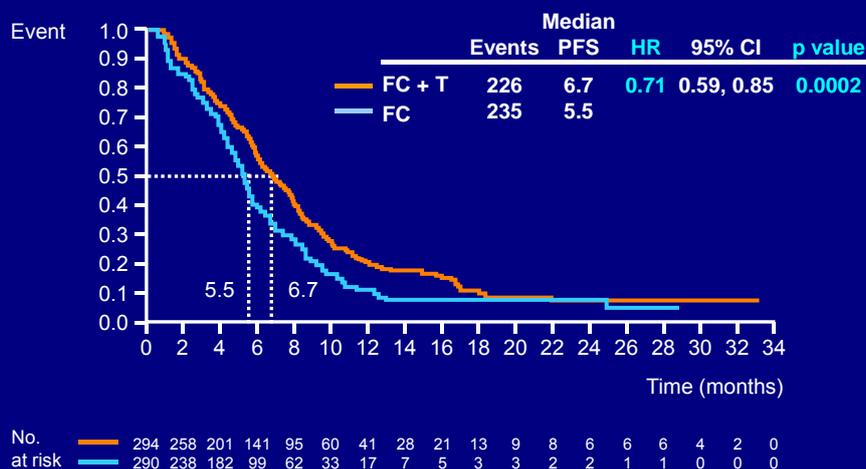
## Primary end point: OS



No. at risk	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36
FC + T	294	277	246	209	173	147	113	90	71	56	43	30	21	13	12	6	4	1	0
FC	290	266	223	185	143	117	90	64	47	32	24	16	14	7	6	5	0	0	0

T, trastuzumab

## Secondary end point: PFS



## Conclusions

- Trastuzumab is the first biological to show a survival benefit in advanced gastric cancer
- Trastuzumab in combination with chemotherapy is a new treatment option for patients with HER2-positive advanced gastric adenocarcinoma

## お持ち帰りのメッセージ

- チーム医療、病診連携は、現代のキーワードである。
- これらは21世紀型組織論（ネットワーク型）に基づいて考えなくてはならない。
- 病院は地域医療のインフラ提供に徹し、診療所における癌化学療法実践をデフォルトスタンダードとするべきである。
- とくに高機能診療所の整備は、中心的課題である。
- 副作用が比較的少ないハーセプチンは、今後、乳癌のみならず胃癌でも使用されることになるだろう。ハーセプチン治療をひとつのモデルとして病診連携ネットワークの構築が必要である。